

اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان

دکتر احمد براتی^۱ / رقیه خلیل‌نژاد^۲

چکیده

مقدمه: شرط موفقیت سازمان‌های پیشرو، انجام دادن کارهای درست و انجام کارها به درستی می‌باشد. امروزه سازمان‌ها باید بتوانند از نظر عملیاتی و استراتژیکی عالی عمل نمایند تا بتوانند با چالش‌های دنیای امروز و فردا روبرو شوند. یکی از راه‌هایی که می‌تواند حرکت سازمان را در مسیر درست هدایت نماید و هرگونه انحراف در اقدامات سازمان را گوشزد نماید، اندازه‌گیری عملکرد است. اندازه‌گیری مؤثر عملکرد موجب می‌گردد پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در سازمان تقویت شود و حداکثر بهره‌برداری از منابع محدود و در دسترس سازمان میسر گردد. در این مقاله، برخی چارچوب‌ها و ابعاد اندازه‌گیری عملکرد معرفی و بررسی شده است و پس از بحث مدل مفهومی برای تعیین شاخص‌ها و ابعاد عملکردی پیشنهاد گردیده است.

روش بررسی: این مقاله به روش مروری نگاشته شده است و تهیه متون مورد نیاز با مطالعه کتابخانه‌ای و جستجوی مقالات اینترنتی صورت گرفته است.

مروری بر مطالعات: در این مقاله پس از ذکر تاریخچه مختصری از اندازه‌گیری عملکرد و ویژگی‌های مدل‌های سنتی اندازه‌گیری عملکرد، چارچوب‌ها و مدل‌های اندازه‌گیری عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها؛ از جمله مدل BSC مورد استفاده در بیمارستان‌های بنیادهای NHS و بیمارستان‌های کانادا و مدل RDF، چارچوب دانشگاه مونترال، مدل به‌کار برده شده در دانمارک، پروژه شاخص کیفیت در آمریکا و چارچوب ارزیابی عملکرد NHS و ابعاد عملکردی مورد تأکید در هر یک، بررسی شده است.

نتیجه‌گیری: بررسی هر یک از چارچوب‌ها و مدل‌ها بر اساس اصول مطرح شده، نشان می‌دهد که هر یک از آنها دارای نکات قوت و کمبودهای فراوانی هستند که یکی از دلایل آن ماهیت چندگانه عملکرد سیستم‌های بهداشتی و بیمارستان‌ها است. لیکن در اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها و سیستم‌های بهداشتی نباید هیچ کدام از نواحی عملکردی مورد غفلت قرار گیرد. از این رو در هنگام مطالعه عملکرد داخلی بیمارستان‌ها نیز باید ویژگی‌های سازمانی و تئوریک بیمارستان کاملاً مورد توجه قرار گیرد تا امکان تحلیلی جامع و کامل از عملکرد بیمارستان به دست آید. در پایان مقاله چارچوب مفهومی ارائه شده است که ضمن تأکید بر اهداف و استراتژی‌های بیمارستانی متمرکز بر بیماران، اندازه‌گیری داده‌ها، عملکرد فرآیندها و ساختار سازمانی، ستاندها و مهم‌تر از همه نتایج سازمانی را ضروری می‌شمارد تا از این طریق بتوان از عملکرد یک بیمارستان تصویری متوازن و کامل ارائه نمود.

کلید واژه‌ها: عملکرد بیمارستان، اندازه‌گیری عملکرد، معیار عملکردی

مقدمه

اندازه‌گیری عملکرد، ابزاری مهم برای هر سازمان است. از طریق جمع‌آوری اطلاعات تعیین آنچه که سازمان انجام داده است و این که آیا کارهای انجام شده در ارتباط با اهداف، فرضیات یا عملکرد سازمان‌های مشابه در همین زمینه رضایت بخش هستند یا خیر، امکان پذیر می‌گردد. بنابراین اندازه‌گیری عملکرد به نتایج سازمانی و نیز فعالیت‌ها و روش‌هایی که این نتایج را ایجاد می‌کنند، مربوط می‌گردد. لیکن، عملکرد مفهوم بسیار مشکل‌ساز و پیچیده است، به طوری که تعریف مفهومی منفرد و قابل انتقال که تمامی کاربردهای ممکن آن را منعکس سازد مشکل است (۱).

تعریفی که سازمان بهداشت جهانی (WHO) از عملکرد ارائه می‌دهد عبارت است از: دستیابی به اهداف مطلوب. عملکرد عالی بیمارستانی باید بر صلاحیت‌های حرفه‌ای در کاربرد دانش روز، فناوری و منابع در دسترس، کارایی در استفاده از منابع، حداقل ریسک برای بیماران، رضایت بیماران و نتایج بهداشتی مبتنی باشد. در درون محیط مراقبت‌های بهداشتی درمانی، عملکرد عالی باید پاسخگویی به نیازها و تقاضاهای جامعه، ادغام خدمات در یک سیستم جامع عرضه و تعهد به ارتقای سلامت و بهداشت را در بر بگیرد. عملکرد عالی بیمارستانی باید در ارتباط با در دسترس بودن خدمات بیمارستانی برای همه بیماران بدون توجه به موانع اقتصادی، جمعیت‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی ارزیابی گردد. در بین کارشناسان WHO بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که عملکرد درون خود ارزش را به همراه ندارد به عبارت دیگر عملکردی که دارای ارزش و ارزیابی شده باشد، کیفیت نامیده می‌شود به عقیده کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سه عنصر در طراحی و توسعه مدل ارزیابی عملکرد باید مورد توجه قرار بگیرد: کارکرد، روش‌های اندازه‌گیری، قضاوت و ارزیابی نتایج (یا مشاهدات) بیمارستان (۲).

JCAHO سیستم اندازه‌گیری عملکرد سازمان بهداشتی را اینگونه تعریف می‌نماید: مجموعه‌ای دارای یک پایگاه داده‌ها به صورت خودکار که بهبود عملکرد را در سازمان‌های مراقبت بهداشتی از طریق گردآوری و انتشار معیارهای فرایند یا نتیجه عملکرد را تسهیل کند. نظام اندازه‌گیری باید موجبات

مقایسه عملکرد در داخل سازمان و بین سازمان‌های مشابه را در زمان‌های قابل مقایسه فراهم آورد (۳). مفهوم عملکرد به اندازه‌گیری و آنچه که باید اندازه‌گیری شود و دلایل اندازه‌گیری بستگی دارد. شاخص‌های عملکردی به دلایل مختلف درونی و بیرونی مورد استفاده قرار می‌گیرند. دلایل درونی به وظایف و اقدامات مختلف مدیریتی یک بیمارستان به عنوان یک سازمان عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی مرتبط است و از شاخص‌های این حیطه به عنوان اطلاعات مدیریتی جهت پایش، ارزیابی و بهبود اقدامات در بلندمدت (استراتژی) و کوتاه مدت مورد استفاده می‌شود. دلایل بیرونی کاربرد شاخص‌ها به پاسخگویی مربوط می‌شود، یعنی به پاسخگویی سؤالاتی که ذینفعان تأمین کنندگان مالی، بیمه‌گران، دولت، بیماران، مصرف کنندگان و عموم مردم در سطح کلان، خواهان پاسخ به آن هستند. درک عملکرد هر سازمان، پیچیده است و مستلزم رویکردی مناسب، اندیشمندانه و روشن است. بعلاوه معیارهای عملکردی که دارای کاربرد واقعی هستند، باید از نظر جمع‌آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات فعالیت‌های آینده مرتبط، ساده، جامع و قابل کنترل باشند (۱).

اندازه‌گیری عملکرد در مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌تواند به دلایل زیر انجام شود: بهبود عملکرد، شناسایی نیازهای برآورده نشده، دستیابی به پاسخگویی بیشتر، شفاف سازی و اشاعه اهداف و استراتژی‌های سازمانی، تعیین اهداف بهره‌وری، کاربرد به عنوان هدفی برای توسعه و تدوین استانداردهای عملکردی، رهنمودهای عملیاتی و مسیرهای بالینی، پایش و ارزیابی عملکرد کارکنان مدیریتی و تسهیل همکاری در بین مؤسسات گروه‌های علاقه‌مند با علایق رقابتی.

روش‌های مختلف تحلیل عملکرد مراقبت‌های بهداشتی درمانی مانند: حسابداری مالی، تضمین کیفیت، اقتصاد بهداشت یا بهداشت عمومی دارای تفاوت‌های اصولی می‌باشند؛ تفاوت‌هایی که می‌توانند مانع از تحلیل جامع و با مفهوم عملکرد سازمانی گردند. بنابراین، پیش از اینکه بخواهیم ابزاری برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان ایجاد کنیم، باید آن چه را که واقعاً بیمارستان انجام می‌دهد درک نماییم.

این بدین معنی است که بررسی واقعیت‌ها و زمینه‌های ویژه فعالیت سازمانی ضروری است. وقتی به طور کامل مفهوم عملکرد سازمانی درک گردید ایجاد روشی برای درک و اندازه‌گیری نتایج آن ممکن می‌گردد. درک عملکرد پیش از درک اندازه‌گیری عملکرد صورت می‌گیرد. فقط از طریق چنین فعالیت‌هایی می‌توان چارچوب مقایسه‌ای و اصولی و با مفهومی را برای عملکرد بیمارستان ایجاد کرد.

روش بررسی

این مقاله به روش مروری نگاشته شده است و برای تهیه منابع مورد نیاز از مطالعه کتابخانه‌ای و جستجوی مقالات اینترنتی استفاده گردیده است که پس از بیان تاریخچه مختصری از اندازه‌گیری عملکرد، بررسی چارچوب‌ها و مدل‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها، بیان ابعاد عملکردی مورد استفاده در مدل‌های مختلف اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان و در نهایت به عنوان نتیجه‌گیری مدل مفهومی برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان پیشنهاد گردیده است.

مروری بر مطالعات

اندازه‌گیری عملکرد مراقبت‌های بهداشتی درمانی رویکرد جدیدی مترادف با اهداف سیاسی و یا همزمان با تئوری‌های نوین سازمانی نیست بلکه قدیمی‌ترین مدارک نشان می‌دهند که قوانین حمورابی به ارزش‌پولی مقایسه‌ای موفقیت جراحی و خسارات فیزیکی جراحی‌های نادرست و غلط اشاره می‌کنند (۴). اما در مورد سیستم‌های بعدی اندازه‌گیری تا اواخر قرن هجدهم شواهدی وجود ندارد. توسعه نوین اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان با کار دکتر کلیفتون در سال ۱۷۳۲ و سپس فلورانس نایتینگل در قرن نوزدهم همراه است. این متخصصان امور بهداشتی درمانی از جمع‌آوری داده‌های مربوط به بیماران برای تسهیل تحلیل و ارزیابی عملکرد بیمارستان دفاع نموده‌اند (۵).

تا اواخر قرن نوزدهم، داده‌های مربوط به نیروی کار و هزینه‌ها جمع‌آوری می‌شد. ولی، مشکلات سیاسی، حرفه‌ای و عملی مانع از عملیاتی ساختن اندازه‌گیری‌ها می‌گردید. در

همین دوران تلاش‌هایی برای ادغام این اطلاعات جهت به کارگیری آسان‌تر و تفسیر راحت‌تر آنها و اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها آغاز گردید. تنها طی ده ساله اخیر دورنمای کاربرد منابع اطلاعاتی در مقیاس وسیع، جهت بهبود عملکرد سیستم‌های بهداشتی تبدیل به یک واقعیت گردیده است. هم‌اکنون مدل‌های مختلفی برای ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها وجود دارد که برخی از آنها به طور نمونه مورد بررسی قرار می‌گیرد: این چارچوب‌ها برخی از اهداف اصلی ارزیابی عملکرد، مشکلات و چگونگی ارتباط آنها و نحوه مرتبط شدن آنها با بخش بهداشت را شرح می‌دهند.

در تئوری‌های سنتی اندازه‌گیری عملکرد نگرانی و موضوع اصلی عملکرد مالی است مانند: سود و سهم بازار، برای اکثریت شرکت‌های بخش خصوصی چنین معیارهایی کاملاً مناسبند زیرا موضوعات مالی حد پایینی برای موفقیت سازمانی یک سازمان تجاری هستند. عرضه یک محصول یا یک خدمت، یک نتیجه سازمانی است که ابزاری را برای دستیابی به یک نقطه پایانی سود آور و مطلوب فراهم می‌سازد. این مسئله قانون تولید، بازاریابی و فروش به مشتریان را در بر می‌گیرد. لیکن در بخش بهداشت و درمان، حد پایین عملکرد، تضمین بهداشت بهتر برای بیماران، جامعه و ملت است. بیمارستان افراد را سالم می‌کند و این در حقیقت به خودی خود یک هدف برای بیمارستان است، در حالی که عملکرد مالی و سایر جنبه‌های عملکردی تنها ابزارهایی را برای ایجاد عملکرد مطلوب فراهم می‌سازند. در مواردی مثل اورژانس‌ها، نتایج زندگی و سلامت، نتایج مطلق و مورد توجه هستند نه مسائل مالی.

یک بیمارستان بیش از هر چیز در ابتدا در مورد عرضه اثربخش، کارا و عادلانه مراقبت‌های بهداشتی درمانی نگران است. بنابراین، لازم است که ابزارها و اهداف صحیحی را برای اندازه‌گیری عملکرد خود تعیین و ایجاد نماید.

تئوری‌های پیشرفته و نوین اندازه‌گیری عملکرد برای بهره‌برداری از اطلاعات غیر مالی و اتصال آنها به استراتژی و اهداف سازمان در تلاشند.

روش کارت امتیاز متوازن (BSC)، (۶) از چهار بُعد عملکردی مالی، فرآیندی، مشتری و یادگیری تشکیل شده است.

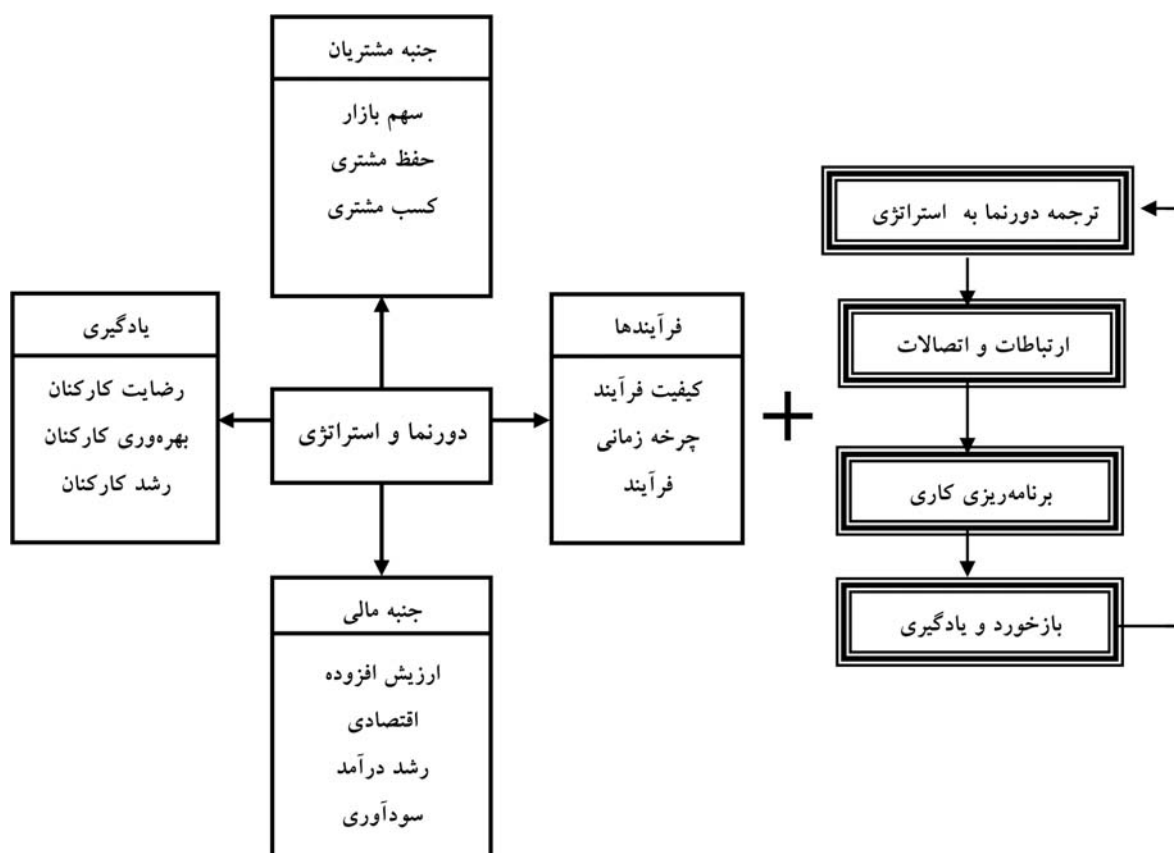
چیستی و چگونگی عملکرد ایجاد نمی‌کند. ولی با همه این مسائل، این مدل به دلیل چارچوب ویژه‌ای که بازخورد سازمانی را تسهیل می‌کند و جریان اطلاعات پیش‌نگر و مربوط به آینده را ساده‌تر می‌کند، مورد توجه و استفاده است (۷).

انجمن بیمارستان‌های اونتاریو (OHA)^۲، نیز مدل کارت امتیاز متوازن را با ابعاد مشتری، مالی، فرآیندهای داخلی، رشد و یادگیری با اعمال تغییراتی اندک جهت متناسب سازی آن با شرایط خود به کار می‌بندد. انجمن بیمارستان‌ها اونتاریو چارچوب عملی را توسعه داده است که:

- از عرضه‌کننده مشتق شده است
- در آن مشارکت داوطلبانه وجود دارد
- از نظر ریسک برای مقایسه منصفانه تعدیل شده است
- از متدولوژی در دسترس عموم استفاده می‌کند
- انتخاب علمی و معتبر شاخص‌ها را تضمین می‌کند.

چنین مدلی عملکرد سازمانی را بر اساس ابعادی تصویر می‌نمایند که تعداد بیشتری از ویژگی‌های درگیر در فعالیت‌ها و نتایج سازمانی را منعکس می‌کنند. BSC در بیمارستان‌های مربوط به بنیادهای (NHS)^۱، مورد استفاده قرار گرفته است. مزیت این رویکرد تاکید بر استراتژی‌ها و همسویی سازمانی و تاکید بر ابعاد غیر مالی عملکرد معیارهای عملکردی با اهداف و استراتژی‌های است (شکل ۱).

لیکن بر استفاده از این مدل برای بیمارستان‌های NHS ایراداتی وارد شده است. برای مثال، تاکید مدل بر حفظ مشتری، این معیار برای سیستمی که بر بیمارستان‌های محلی و ارجاعات پزشکان و قدرت پایین مصرف‌کننده تکیه دارند، مناسب نیست. سهم بازار حتی در بازارهای داخلی معیار نامناسبی است زیرا شرایط واضح بازار واقعی در بخش بهداشت و درمان وجود ندارد. مدل مذکور اتصال روشنی بین



شکل (۱): کارت امتیاز متوازن (منبع Booth, 1997)

1 - Trusts Hospitals in National health System
2- Ontario Hospitals Association

محققان دانشگاه مونترال مدل دیگری را تدوین نموده اند بر اساس تئوری سیستم اجتماعی پارسونز، هر سازمان باید:

- ۱- با محیط خود سازگاری ایجاد نماید: پاسخ به ارزش های اجتماعی، اکتساب منابع، پشتیبانی جامعه، نوآوری و یادگیری، وجود بازار و غیره
- ۲- دستیابی به اهداف: رضایت ذینفعان، اثربخشی، کارایی
- ۳- تولید خدمات: بهره وری، تعداد خدمات، کیفیت، همکاری و ...
- ۴- حفظ ارزش ها و فرهنگ: اجماع، جو سازمانی، سلامت نیروی کار.

این مدل مسئله کمبود یکپارچگی بین ابعاد مختلف مدل ها را با همسویی بین جنبه های مختلف بیان می سازد. انواع مختلف همسویی عبارتند از: تخصیص منبع، همسویی استراتژیک، تاکتیکی، زمینه ای، عملیاتی و قانونگذاری است. عملکرد خوب مدل برای سازمان ظرفیتی را برای حفظ همسویی بین ابعاد مختلف عملکردی ایجاد خواهد کرد. این مدل قابل مقایسه با چارچوب اروپایی مدیریت کیفیت (EFQM) است (۹).

مدل Danish بر مسیر حرکت بیماران از سه جنبه مختلف تمرکز می کند:

- **جنبه بالینی:** پذیرش، ارزشیابی، رسیدگی، ارزیابی، ترخیص و پیگیری

- **جنبه بیماران:** اطلاعات، ارتباطات، همکاری و هماهنگی، استمرار، حقوق بیماران، ایمنی و ...

- **جنبه ساختاری:** از جمله اطلاعات عمومی، رهبری، منابع انسانی، پژوهش، آموزش، مدیریت ریسک (۲).

پروژه شاخص کیفی (QIP, USA)، ۱۸ سال پیش در مرلند شروع شد و در حال حاضر در حدود ۲۰۰۰ شرکت کننده از همه قاره ها در آن شرکت می کنند. نیروی محرک اجرای QIP، پاسخگویی است: پروژه به تولید شاخص هایی برای هیئت مدیره بیمارستان ها اختصاص یافته است. پروژه شاخص های کیفیت بر یک مدل خاص مبتنی نیست، بلکه اساس آن اپیدمیولوژی عملکرد (نه تفکر جاری در خصوص ساختار خدمات بهداشتی درمانی) و این فرض است که همه شاخص ها قابل مقایسه هستند. این پروژه با بیماری های حاد

هر چهار بعد مورد توجه در گزارش OHA، از جنبه های مهم عملکرد بیمارستان هستند. لیکن هیچ یک از آنها نمی تواند به تنهایی نشان دهنده عملکرد بیمارستان باشد. بعد تغییر و ادغام سیستم فرآیندها، نوآوری هایی که بیمارستان ها برای بهبود عملکرد و ادغام صورت می دهند، بعد نتایج و بهره برداری بالینی تعداد و حجم خدمات ارائه شده، بعد رضایت بیماران، درک بیماران در خصوص خدمات ارائه شده و بعد موقعیت و عملکرد مالی بهره وری، کارایی و پایداری بیمارستان را نشان می دهند (۸).

یک مدل پیچیده تر برای اندازه گیری عملکرد (RDF)، چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده است که امکان ارائه اطلاعات بازخوردی و پیش نگر را فراهم می کند و در زمینه عملکرد سازمانی مشاغل خدماتی توسعه یافته است (بالتین ۱۹۹۶ و برینگال و همکاران ۱۹۹۱). اختلاف اصلی بین این مدل و سایر مدل ها، تشخیص این مسئله است که سازمان های خدماتی بیشتر بر روی عواملی غیر از هزینه و قیمت رقابت می کنند. چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده (RDF) از شش بعد عملکرد تشکیل شده است که دو بعد مالی و رقابت پذیری بر اساس مفهوم سنتی خود جزء نتایج قرار گرفته اند. چهار بعد دیگر (بهره برداری از منابع، کیفیت خدمات، نوآوری و انعطاف پذیری) عوامل تعیین کننده و برخی از نتایج اصلی فعالیت سازمانی توسعه و عرضه خدمات را تشکیل می دهند.

بخش خدمات دارای ماهیت پیچیده ای است، یعنی جایی که تمایز قائل شدن بین نتایج سازمانی و فرآیندها بسیار مشکل است. این مدل برای بخش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است. بالتین و همکاران را برای ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی در سوئد و انگلیس به کار برده اند. این روش نشان می دهد که بهترین معیار موفقیت بهره برداری از منابع، انعطاف پذیری و کیفیت هستند و الزاماً ابعاد عملکرد مالی بهترین معیار نیست. بنابراین در حالی که تمرکز اصلی آن بر نتایج مالی بوده است (یک ناحیه کاملاً معتبر برای بررسی) این مدل ضمناً نیاز به جستجو در طیف وسیع تری از مسائل و عناصر عملکردی را هم در مورد مسائل داخلی، ابزارها و اهداف، و هم در مورد عوامل زمینه ای خارجی تصدیق می نماید (۷).



شروع شد اما سپس خدمات سرپایی، بلند مدت و مراقبت‌های مربوط به بیماری‌های روانی را نیز شامل گردید. به علاوه، این پروژه در حال حاضر ایمنی بیماران را یعنی میزان خطاها که اپیدمیولوژی برای مدیریت ریسک فراهم می‌سازد نیز در بر می‌گیرد. این پروژه داوطلبانه و محرمانه است. گزارش‌های فردی چهار بار در سال برای همه اعضا تهیه می‌شود (۱۰).

چارچوب ارزیابی عملکرد NHS (PAF)^۱، در سال ۱۹۹۹ به منظور اندازه‌گیری، ارزیابی و پاداش دهی به عملکرد NHS طراحی و تصویب گردیده است. این چارچوب بر روش کارت امتیاز متوازن مبتنی است و مجموعه‌ای از معیارهای مرتبط با شش ناحیه عملکردی را در بر می‌گیرد: بهبود بهداشت عمومی، دسترسی عادلانه به خدمات، عرضه اثر بخش مراقبت‌ها، کارایی، تجربه بیماران و مراقبان آنها و نتایج بهداشتی (۱۱).

سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ خود، شش بعد عملکردی را مطرح کرد که بر اساس آنها عملکرد سیستم‌های بهداشتی در مناطق مختلف جهان را ارزیابی نموده است. این ابعاد عبارت است از: اثر بخشی (شامل پیشگیری و ارتقای سلامت)، تمرکز بر بیماران، ایمنی، نوآوری، مسئولیت‌پذیری جامعه (در بردارنده نیازها و تقاضاها) و یکپارچگی در سیستم جامع عرضه خدمات بهداشتی درمانی. بعد ایمنی بیمار از جمله مواردی است که توسط WHO بسیار بر آن تاکید شده است (۱۲).

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که ذکر شد، چارچوب‌های متنوعی برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها مطرح گردیده است و از روش‌های زیادی نیز استفاده شده است.

برخی نویسندگان معیارهایی را مطرح کرده‌اند که باید در تدوین و ارزیابی چارچوب‌های اندازه‌گیری عملکرد مورد استفاده قرار بگیرند:

دونابیدان (۱۹۶۶) ترکیبی از شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و نتایج آنها را پیشنهاد می‌دهد (۱۳).

کاپلان و نورتون (۱۹۹۶)، (Torrance 1986) و (Modle 1982) Lewis and بر اهمیت تضمین این نکته تأکید می‌کنند که اندازه‌گیری عملکرد باید دامنه کاملی از اقدامات و خدمات

سازمان و تعاملات بین آنها را معرفی نماید (۱۴)، (۱۵)، (۱۶). شاید مفیدترین پیشنهادها برای تدوین و ایجاد چارچوب‌های اندازه‌گیری عملکرد توسط لگات (۱۹۹۸) و همکارانش ارائه شده باشد. آنها چهار اصل را برای کمک به طراحی و ایجاد مدل‌های ارزیابی عملکرد سازمانی (OPA)^۲ شناسایی نموده‌اند که عبارتند از: الحاق به استراتژی سازمان، استفاده از دیدگاه‌های متنوع و گسترده، تعداد محدود شاخص‌ها و ظرفیت بالقوه برای صف‌آرایی در سرتاسر سازمان (۱۷).

انجمن اعتبار بخشی خدمات بهداشتی کانادا (۲۰۰۱) معیارهای زیر را برای انتخاب شاخص‌ها مطرح می‌کند: ارتباط با استانداردهای اعتبار بخشی و چهار بعد کیفیت (پاسخگویی، توانمندی و شایستگی‌های سیستم، تمرکز بر مشتری، مراجعین، زندگی کاری)، تعاریف پذیرفته شده ملی، اعتبار و ثبات، ارتباط با یک یا تعداد بیشتری از بخش‌های مراقبت بهداشتی درمانی (برای مثال، مراقبت حاد، مراقبت‌های طولانی مدت)، ترکیب شاخص‌های ساختار، فرآیندها و نتایج، پوشش برخی شاخص‌های مرتبط با بهداشت جمعیت و تداوم خدمات (۱۸).

با توجه به اصول ذکر شده، هریک از چارچوب‌های مطرح شده، دارای نقاط مثبت و کمبودهایی می‌باشند؛ به عنوان مثال به چارچوب BSC، مدل استفاده شده توسط انجمن بیمارستان‌های اونتاریو، منتقدان اشکالات زیر را وارد می‌سازند:

- چارچوب سایر ذینفعان کاری را مانند کارمندان، عرضه‌کنندگان، جامعه، قانونگذاران را مورد غفلت قرار می‌دهد.

- عملکرد عرضه‌کننده تنها به عنوان زیر مجموعه‌ای از بعد فرآیندهای کاری مورد توجه قرار می‌گیرد.

- بر بعد مالی در سطوح بالای سازمان تأکید می‌نماید، مسئله‌ای که با ماهیت غیرانتفاعی بیمارستان‌ها همخوانی ندارد.

علاوه بر این همانطور که قبلاً ذکر گردید، به کاربرد این مدل در بیمارستان‌های NHS نیز انتقاداتی شده است (۷).

چارچوب نتایج و عوامل تعیین‌کننده که برای ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در سوئد و پادشاهی انگلستان به کار برده شده است، برخی از بهترین معیارهای

جدول ۱: چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده (منبع: Ballantine & Brignall 1996)

انواع معیارها	ابعاد عملکردی
نتایج	<ul style="list-style-type: none"> - سودآوری، نسبت های بازار، ساختار سرمایه - سهم نسبی و موقعیت بازار، رشد فروش، معیارهای مبتنی بر مشتری
عوامل تعیین کننده	<ul style="list-style-type: none"> - بهره برداری از منابع - کیفیت خدمات - نوآوری - انعطاف پذیری
	<ul style="list-style-type: none"> - کارآیی، بهره وری - شاخص های کلی کیفیت: ثبات، مسئولیت پذیری، دسترسی، راحتی، فراهم بودن، ایمنی، ارتباطات، زیبایی، شایستگی - عملکرد فرآیندهای نوآوری، عملکرد نوآوری افراد - انعطاف پذیری ویژگی ها، انعطاف پذیری تعداد و حجم، انعطاف پذیری سرعت تولید

زمینه عملکرد بنیادهای بیمارستانی حاد، توسعه و تکامل بیشتری باید (۱۹).

ابعاد مطرح شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سطح بسیار وسیع، عملکرد سیستم های بهداشتی درمانی را پوشش می دهد، ولیکن این چارچوب بر عملکرد بیمارستان به طور خاص تاکید نکرده است.

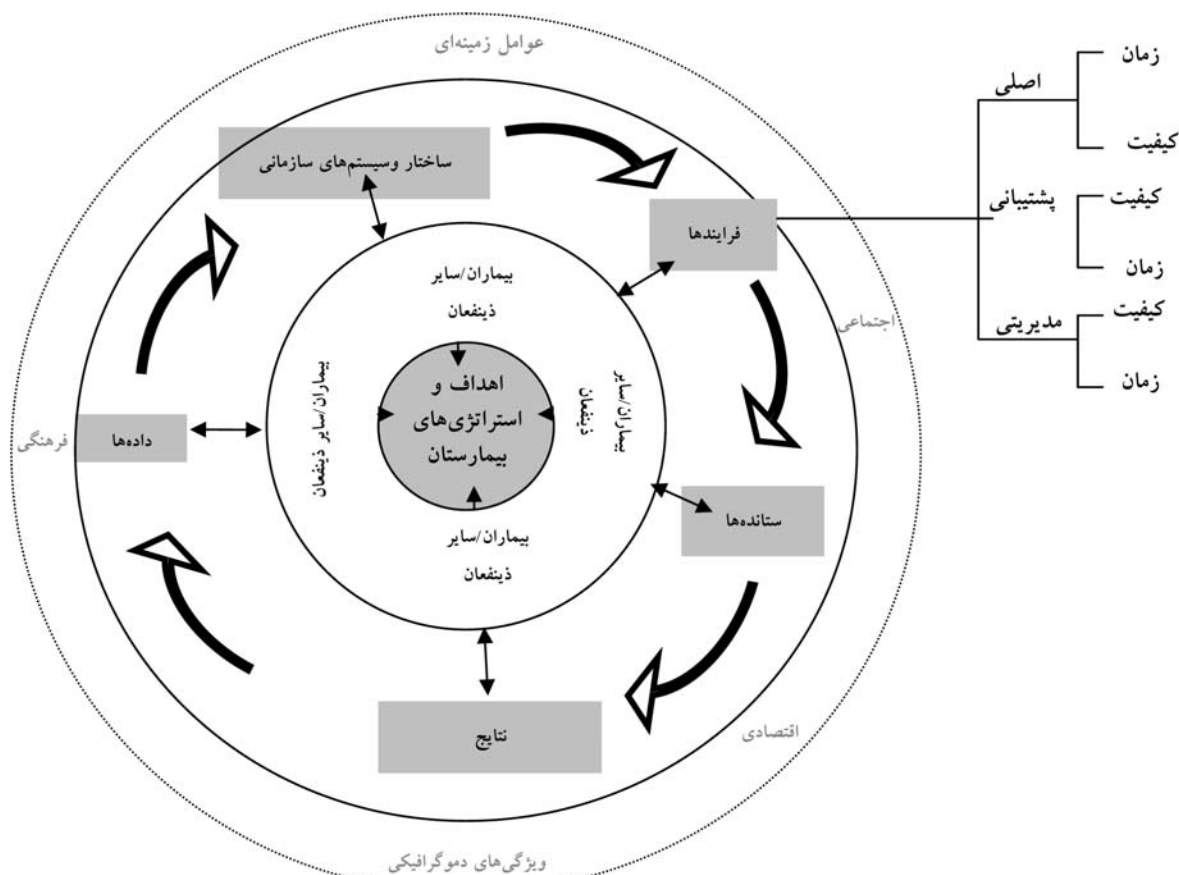
در تمامی چارچوب های مطرح شده بر توانایی معیارهای عملکردی برای فراهم سازی اطلاعات بازخوردی مرتبط با اهداف اصلی و فرعی تاکید شده است. لیکن هیچکدام از این چارچوب ها دارای دیدگاه کامل و جامعی نیستند، در حالی که باید در نظر داشت که هیچ کدام از نواحی عملکردی در اندازه گیری ها نباید مورد غفلت قرار گیرد و یا بر معیارهای عملکردی خاص و مربوط به یک جنبه خاص تاکید گردد، زیرا این امر اثراتی منفی بر ارزیابی و اندازه گیری کامل، مناسب و مفصل یک سیستم خواهد داشت. در هنگام مطالعه عملکرد داخلی بیمارستان ها نیز باید ویژگی های سازمانی و تئوریک بیمارستان کاملاً درک گردد تا امکان تحلیل جامع و کامل از عملکرد بیمارستان فراهم شود.

با توجه به نکات مطرح شده، مدل مفهومی برای اندازه گیری عملکرد بیمارستان پیشنهاد می گردد که اساس آن منطق برنامه باشد، در این مدل برای هر جزء منطق برنامه (داده ها، ساختار و سیستم های سازمانی، ستانده ها و نتایج نهایی)،

موفقیت از جمله کیفیت و انعطاف در بهره برداری را مشخص نموده است و نیاز به در نظر گرفتن طیف گسترده ای از عناصر عملکردی (عوامل زمینه ای و ابزارها و نتایج داخلی) را مطرح می سازد. لیکن تمرکز اصلی آن بر ابعاد مالی عملکرد است. تاکید مدل Danish بر مسیر حرکت بیماران از نکات قوت و بسیار مثبت این مدل است، لیکن این تاکید باعث کم رنگ شدن مسائل مالی گردیده است و از طرفی در این مدل سایر ذینفعان سازمانی تا حدودی فراموش شده اند.

مدل پژوهشگران دانشگاه مونترال بر دستیابی به هدف، تولید، تطبیق و فرهنگ و ارزش ها تاکید می کند. با وجود این که این مدل بسیاری از ویژگی های مورد نیاز برای بررسی عملکرد عالی یک سازمان را عنوان می سازد، لیکن بر ویژگی های خاص فرآیندهای مرتبط با ارائه خدمات، و مهم تر از آن بر نتایج سازمانی اشاره نامحسوسی نموده است.

در چارچوب ارزیابی عملکرد NHS، ابعاد کارایی و قابلیت دسترسی می توانند از نظر منطقی جزء ابعاد عملکردی بیمارستان باشند، اما این مسئله قابل بحث است که این ابعاد بیشتر به عملکرد کلی یک سیستم بهداشتی وابسته اند تا به عملکرد بیمارستان های مستقل و منفرد. در حقیقت می توان گفت این چارچوب در بخش های مرتبط با مراقبت های اولیه و تجارب بیماران، بسیار ارتقاء یافته است، لیکن برای اینکه بتواند تصویر کامل تری از عملکرد NHS ارائه نماید باید در



شکل (۲): مدل مفهومی پیشنهادی برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان

و استانداردها تاکید می‌گردد و در سطوح عالی سازمان، شاخص‌ها و معیارهای مربوط به نتایج و منابع مالی بیشتر مورد توجه هستند. بخش‌های مدل را می‌توان اینگونه توضیح داد:

۱- مرکز مدل استراتژی‌ها و اهدافی هستند که بر اساس نیازها و انتظارات بیماران و سایر ذینفعان شکل گرفته‌اند.

۲- داده‌های ورودی به بیمارستان: شامل نیروی انسانی، منابع مالی، تجهیزات، اطلاعات مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و از همه مهم‌تر نیازهای بیماران و سایر ذینفعان.

۳- ساختار و سیستم‌های سازمانی: از جمله شیوه سازماندهی منابع مختلف از جمله نیروی انسانی، طراحی کار، سیاست‌ها و برنامه‌ها.

۴- فرایندهای بیمارستانی را می‌توان به سه گروه فرایندهای اصلی مراقبتی و درمانی، پشتیبانی (پاراکلینیک)، اداری، مالی و خدماتی (و مدیریتی تقسیم‌بندی نمود، مهم‌ترین

درخت تصمیم‌گیری ترسیم می‌گردد. سپس هر گروه اصلی به زیر گروه‌های فرعی تقسیم شده و با توجه به هر زیر گروه شاخص‌های همسو با استراتژی‌ها و اهداف بیمارستان تعیین می‌گردد، در نهایت این شاخص‌ها بر حسب اهمیت، وزن دهی شده و شاخص‌های نهایی مشخص می‌گردند.

نکته مهم در این زمینه تاکید بر ابعاد مهم، و انتخاب معیارها به تعداد محدود و قابل کنترل و قابل مدیریت است، که بدین منظور باید این اصل رعایت گردد:

در انتخاب و اندازه‌گیری شاخص‌ها سطوح سازمانی در نظر گرفته شود، این مسئله موجب می‌گردد در هر سطح شاخص‌های اصلی آن سطح اندازه‌گیری شود، معمولاً در پایین‌ترین سطح سازمان، تاکید اصلی بر شاخص‌های فرآیندی اصلی و رشد و نوآوری پرسنل مورد توجه می‌باشند، در سطوح میانی سازمان، بیشتر بر ساختار، فرایندهای مدیریتی

- 7- Warring, J. "Towards an integrated organizational framework of hospital performance", Aston Centre for Health Services Organization Research, (2000) July.
- 8- Hospital report 2001, Emergency department care, <http://www.hospitalreport.ca>
- 9- Scottie, C. et al. "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance", Health Services Management Research, 1998, 11: 24-48.
- 10- Kazandjian V. "Accountability through measurement: a global healthcare imperative", Milwaukee, ASQ Quality Press, 2002.
- 11- Department of Health, NHS Performance Indicators: A Consultation, May 2001
- 12- Murray, J.L. Christopher, Frank, Julio. "WHO Framework for Health System Performance Assessment". Evidence and Information for Policy World Health Organization, 2000.
- 13- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. Millbank Memorial Fund Quarterly. 44 (2), 166-206.
- 14- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review, January-February, 75-85.
- 15- Torrance, G.W. (1986). Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal. Journal of Health Economics. 5, 1-30.
- 16- Lewis, A.F. and Modle, W. (1982). Health Indicators: What Are They? An Approach to Efficacy in Health Care. Health Trends. 14, 3-7.
- 17- Leggatt, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Bamsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., & Bilodeau, H. (1998). A Review of Organizational Performance Assessment in Health Care. Health Services Management Research, 11, 3-23.
- 18- Canadian Council on Health Services Accreditation. (2001). Indicators and the AIM Accreditation Program. Ottawa: CCHSA.
- 19- Healy J, McKee M. "Monitoring hospital performance", Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2000, Vol. 2, 2:1-3.

معیارهای مورد توجه در خصوص فرآیندها، کیفیت و زمان فرآیندها هستند.

۵- ستاندها: بر کمیت خدمات و تولیدات فراهم شده تاکید می گردد.

۶- نتایج عملکردی: نتایج مربوط به رضایت بیماران، ذینفعان و کارکنان، نتایج مراقبت های بالینی (بهبود بیمار، ایمنی بیمار) نتایج اثربخشی سازمانی (کاهش عفونت های بیمارستانی، میزان مراجعات مجدد، ترخیص ها)، نتایج کارکنان و سیستم های کاری، نتایج مالی.

References

- 1- Carter, N. "Learning to measure performance: the use of indicators in organizations", Public Administration, (1991) vol.69, pp.85-101.
- 2- Report on a WHO Workshop. "Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensional", WHO, Regional Office for Europe, January 2003, Barcelona, Spain.
- ۳- شورای مشترک اعتبار بخشی سازمان ها و مراکز بهداشتی و درمانی بیمارستان ها (JCAHO)، صدقیانی، ابراهیم. استانداردهای ممیزی و اعتبار بخشی بیمارستان، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۲.
- 4- Rosser, R. "A history of the development of health indicators", (1983) in Smith, G.T. (ed.) measuring the social benefits of medicine, London: Office of Health Economics.
- 5- Jewett's, P. and Roth well, M. "Performance Indicators in the Public Sector", (1988) London: Macmillan.
- 6- Kaplan, R. and Norton, D. "The balanced scorecard - measures that drive performance", Harvard Business Review, (1992) January-February, pp.71-79.



Hospital Performance Measuring

A. Barati (Ph.D)¹, R. Khalilnezhad²

Abstract

Introduction: The core requirement of successful and innovative organizations is doing right things and doing things right. Nowadays organizations are to perform excellently strategically and operationally so that they can face the current and future world challenges. Performance measurement is one of the ways in directing organization to the right targets and avoid diversity in practices. The effective performance measurement will result in accountability and responsiveness, thus making it possible to maximize the utilization of limited available resources. In this paper some of the dimensions and frameworks for performance measurement are presented and reviewed. Then a conceptual framework has been recommended for determining performance dimensions and indicators.

Methods: In this paper after reviewing a brief history of performance measurement, and the characteristics of traditional models of performance measurement, including BSC and model in hospitals founded by National Health System, and Canadian hospitals and RDF model of Montreal University, a model used on Denmark, quality indicator projects in U.S, and the framework were studied.

Literature Review: Following a brief history at performance measurement, and performance measurement frame works and models at performance in health core settings and hospital including Base model in hospitals founded by national health system, Canadian hospitals and RDF model, of Montreal university, a model used in Denmark, Quality indicator, projects in U.S, and the from work for the evaluation at NHS performance and the performance dimensions in each frame work were studied.

Result: Reviewing models and frameworks based on the available foundations indicate that each of them has strengths and weaknesses. One of the reasons is the multiplicity of hospital functions and health policies. Yet in measuring hospital performance non of the functional areas should be ignored. There fore when reviewing the internal affairs of the hospitals, organizational, and theoretic specifications of hospitals should be fully understood to have a comprehensive analyses of the hospital performance. At the end of the study a conceptual frame work is presented on the account of patient centered strategies of hospitable wishes necessitate data measurement, performance processes, organizational structure, and most important organization results, so that we can come up with a lanead and complete view of a hospital performance.

Key words: *Hospital Performance, Performance Measurement, Framework.*

1 - Assistant Professor School of Management and medical Information Science - Iran University of Medical Sciences
2 - Roghieh Khalilnezhad, M.S, Health Services Administration, School of Management and Medical Information Science

